Aus der Brandenburgischen Landesanstalt zu Teupitz und der Universitäts-Nervenklinik der Charité zu Berlin

Beobachtungen zur Differentialdiagnose der Spätschizophrenien und der präsenilen Paranoiden

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Siegfried Rieckmann

aus Marne i. Holstein

Tag der Promotion:
23. 4. 1940

Tag der Promotion: 24. April 1940

M 36

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Bonhoeffer

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen Eltern
gewidmet!

Beobachtungen zur Differentialdiagnose der Spätschizophrenien und der präsenilen Paranoiden

Wenn man die beiden Krankheitsgruppen der Spätschizophrenien und der präsenilen Paranoiden voneinander trennen will, so stößt man dabei auf zwei Formen geistiger Erkrankungen, die viele Ähnlichkeiten miteinander aufweisen. Beide Erkrankungen treten in denselben Lebensjahren erstmalig auf — zwischen 40 und 50 Jahren —, also in einem Alter, in dem ein mehr oder minder langsamer körperlicher Verfall einsetzt. Beide Erkrankungen gehen mit Wahnbildungen einher, die dem Krankheitsbild das äußere Gepräge geben.

Die Differentialdiagnose dieser beiden Gruppen hat in den letzten Jahren infolge der Erbgesundheitsgesetzgebung eine besondere Bedeutung erlangt. Da die Spätschizophrenien unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallen, die präsenilen Paranoiden dagegen nicht, ist die Verantwortung, die man durch Stellen der Diagnose „Spätschizophrenie" übernimmt, sehr groß.

Zwar neigen verschiedene Autoren, besonders Bleuler, dazu, sämtliche spät auftretende paranoide Erkrankungen unter den Sammelbegriff der Spätschizophrenie zu bringen, doch glaube ich, daß es sich hier um zwei völlig getrennte Krankheitsbilder handelt. Nach Ansicht wohl der meisten Autoren ist das erstmalige Auftreten einer Schizophrenie in diesem Lebensalter überhaupt sehr selten. Dagegen, daß man die spätparanoiden Erkrankungen in der Schizophrenie aufgehen läßt, sprechen nach Luxenburger schon rein erbbiologische Gründe. Auch die Beobachtungen Seelerts, der den präsenilen Erkrankungen organische Ursachen zugrunde legt, sprechen dagegen. Feststellungen, die ich an Hand des mir zur Verfügung stehenden Materials machen konnte, lassen die Seelertsche Auffassung als wahrscheinlich erscheinen. Sie werden nachstehend noch angeführt werden.

Daß den präsenilen Erkrankungen organische Ursachen zugrunde liegen, halte ich um so mehr für wahrscheinlich, als wir bei verschiedenen Psychosen, deren organische Ursache wir kennen, paranoide Bilder auftreten sehen.

Ich denke dabei u. a. an die paranoidhalluzinatorischen Zustände der mit Malaria behandelten Paralytiker, die zuerst von Gerstmann beschrieben wurden. Auch durch endokrine Störungen hervorgerufene Psychosen — z. B. die Basedowpsychose — können rein paranoide Bilder bieten.

Der Einfluß, den die Involution auf paranoide Bilder hat, ist durch deren gehäuftes Auftreten während dieser Zeit als sicher anzunehmen. Hier liegen sicher organische Störungen zugrunde — vasomotorische Störungen, Aufhören der Ovarialfunktion. — Die von einigen Autoren nach Röntgenkastration beobachteten psychischen Erkrankungen dürften darauf hinweisen. Feldweg z. B. gibt an, daß von 205 ein bis zwei Jahre nachher untersuchen Frauen 11,3% Depressionszustände aufweisen.

Bei diesen Psychosen spielen organische Veränderungen also eine nicht unwesentliche Rolle. Wenn nun organische Störungen derartige psychische Symptome hervorrufen können, so ist die Möglichkeit nicht abzustreiten, daß bei den präsenilen Paranoiden ebenfalls organische Schädigungen die psychische Erkrankung mit verursachen.

Zur Bestätigung dieser Vermutung und zur Feststellung der Art der organischen Störung — Seelert nimmt eine Arteriosklerose an — ist es erforderlich, daß bei allen Fällen eine eingehende und sehr sorgfältige körperliche Untersuchung vorgenommen wird.

Im Folgenden will ich versuchen, einen Beitrag zur Differentialdiagnose der Spätschizophrenien und der präsenilen Paranoiden zu bringen. Aus dem Material der Brandenburgischen Landesanstalt Teupitz habe ich 50 Fälle zusammengestellt, von denen ich einige herausgesucht habe und im Folgenden kurz schildern werde.

1. Fall.

Frau Hedwig S., geb. 28. 8. 1881, erkrankte erstmalig mit 46 Jahren. Keine Geburt, keine Fehlgeburten, keine nachweisbaren erblichen Erkrankungen in der Familie. Seit 1925 verwitwet. Aus Kindheit und Entwicklungsjahren ist nichts Auffälliges bekannt.

1927 traten die ersten Erscheinungen ihrer jetzigen geistigen Erkrankung auf: sie hörte nachts Geräusche, Stimmen, Schüsse, Kindergeschrei. Sie glaubte, daß die Nachbarn in ihre geschlossene Wohnung eindringen und auf ihrem Gasherd kochen. Am 3. 1. 1928 stürzte sich die Kranke aus dem Fenster ihrer Wohnung, wobei sie sich Kopf- und Rückenverletzungen zuzog. Sie machte diesen Suicidversuch, weil sie sich verfolgt fühlte und weil es angeblich in ihrer Wohnung brannte.

Am 19. 5. 1928 wurde Frau S. der Landesanstalt Teupitz zugeführt. Bei der Aufnahme wurde folgender körperlicher und psychischer Befund

erhoben: Zufriedenstellender EZ. und KZ., Schwerhörigkeit, innere Organe o. B. Gibt auf Befragen nur zögernd Antwort, macht abwehrende Handbewegungen, zuckt mit den Schultern.

Wie alt? — Lacht blöde, schüttelt mit dem Kopf.

Wann geboren? — „Weiß ich auch nicht."

Wie heißen Sie? — „Huge und Max sind meine Brüder, Hugo ist im August geboren und Max ist im September geboren. Ich bleibe hier im Altersheim, nicht wahr?"

Wo, hier? —

$6 \times 7 = —$, $5 \times 9 = —$, $3 \times 7 = —$, $2 \times 2 = —$, $2 \times 1 = —$.

Warum antworten Sie nicht? — Lächelt verlegen, schlägt in läppischer Weise mit der Hand auf den Tisch.

Gibt weiterhin Antworten, die nicht auf die Fragen passen, die an sie gerichtet werden; schweift gänzlich ab oder redet spontan von etwas anderem. Alle Versuche, etwas aus ihr herauszubekommen, schlagen fehl, auch wenn man ihr die Fragen in die Ohren schreit.

Weiterer Krankheitsverlauf: Halluziniert, springt plötzlich aus dem Bett und ruft in schimpfendem Ton zum Fenster hinaus: „Mörder, Mörder, fort, was wollt ihr?" — Legt sich dann wieder selbst ins Bett. — Ist still für sich, gehobener Stimmung, fuchtelt mit den Händen in der Luft herum und sieht oft nach oben, als wenn sie etwas sehe oder höre. Jedoch gibt sie auf Fragen immer nur ausweichende und in ablehnendem Ton gehaltene Antworten. Lehnt jede Beschäftigung ab. —

Beschäftigt sich nicht, sitzt vergnügt lächelnd in ihrer Ecke, sieht sauber und adrett aus, hat sich aus Silberpapier eine Kugel gedreht, mit der sie spielt und die sie freudestrahlend vorzeigt. Sie ist orientiert über Personen, die sie in letzter Zeit besucht haben, und weiß auch deren Namen anzugeben. — Gibt zuweilen „Briefe" zur Besorgung mit, d. h. Papierfetzen, auf die sie aber nichts geschrieben hat. —

Sitzt stumpf und interesselos im Tagesraum herum, affektarm, spricht wenig und lächelt vor sich hin. — Im Wesen und Verhalten unverändert, sitzt ruhig in einem Sessel, erhebt sich des öfteren bei der Visite, um dem Arzt irgendetwas Sinnloses zuzuflüstern. Manchmal erregt, verwirrt, äußert dann allerlei Ideen, Suicidabsichten in läppischer Art. — Erzählt in kindlicher Art von ihren Erlebnissen, die sie im Garten und mit den anderen Kranken gehabt hat.

In der Nacht zum 17. 9. 1932 unter kolikartigen Schmerzen erkrankt, ikterisch. Oberbauch stark druckempfindlich, keine Resistenz. Urin bierbraun, Stuhl hell, aber nicht lehmfarben. Im Laufe der sich über Monate hinziehenden Erkrankung treten keine Koliken mehr auf. Wechselnde Temperaturen, wechselnde Stärke des Ikterus.

20. 2. 1933. Ist nicht zu bewegen, aufzustehen, da sie angeblich noch immer Beschwerden habe, noch leicht ikterisch. Psychisch völlig verwirrt, besonders in ihren Reden. Stets heiterer Stimmungslage. — Verworren, beschäftigt sich mit Zeichnen von Blumen und Häusern, bittet, die Bilder dem Kindchen mitzunehmen. Schreibt dazu verworrenes Zeug. — Wird stumpfer, sitzt untätig herum.

26. 8. 1935. Nach längerem, wie oben beschriebenem Krankheitsverlauf Exitus letalis. Die Sektion ergibt ein Pancreascarinom, das in die Gallenblase, Netz und Duodenum eingebrochen ist. Auch die Niere ist z. T. von verjauchten Tumormassen durchsetzt.

Ein Brief der Patientin aus dem Jahre 1938: Frau S. M. Frau s. gen. die Verrückte erlaubt sich mal anzufragen, was diese Problem zu bedeuten

hat, denn ich glaube deutlich genügend gezeigt zu haben das jeder Verkehr zwischen uns abgebrochen ist. Ich bin doch nicht verpflichtet zur Trauer Feier Hosen mitzubringen die den Verstorbenen gehörten für eine Person die auf falschen Paß nach Frankreich fahren will bitte haben sie vergessen das ich 14 Tausend 2 hundert Ihnen auf den Küchentisch ausgezahlt durften Sie das annehmen von jemanden wo Sie Jahre lang gekommen sind und sich bedienen ließen und satt gegessen haben und ich habe Sie doch im Krankenhaus die Thüre gewiesen genügt das oder nicht was will noch Haus H. die Hanna die Kleine nehme ich und kein Verbrecher darf da auftreten Frauen Verein was für Wünsche denn ich gehöre Freidenker an aber keinen Verbrecher habe Klage eingereicht und zwei Verteidiger nach Wünsche können Schönefelder Moabiter Strafgericht melden.

Mit Verachtung
Frau Witwe S.
Hedwig und genannt
Hanna H.

die sich als kleines Kind für Verbrecher totarbeiten müssen mein ist das Kind und anders nicht.

Eine Karte an „Republik Deutschlend
Provinz Brandenburg"

Abs. Mumpitz
Frau S.

Frau S. Hedwig Rentenempfängerin fordert ihr Strickkörbchen mit die Wolle zwei Knäule und die feinen Stricknadeln, Nadelbüchse Schere ein Horn Häkelhaken zur Wollstrümpfe ich habe es versprochen muß ich es auch halten besten Dank voraus Deutschlands Kind muß frei werden hoch müssen wir kommen für Kaiser und Vaterland wird gekäpft und anders nicht.

2. Fall.

Frau Auguste B., geboren am 18. 6. 1873, erkrankte mit etwa 52 Jahren zum ersten Male. Die Kranke, die seit 1924 verwitwet ist, besitzt keine eigenen Kinder. Keine Frühgeburt, keine Fehlgeburt. Familienanamnese o. B.

Am 12. 9. 1924 fand Patientin Aufnahme in Herzberge. Die ersten Anzeichen ihrer Erkrankung will man schon vier Jahre vorher beobachtet haben: Nach Angaben eines Neffen war Patientin immer etwas eigenartig, wurde nie fertig, die Ehe war unglücklich und seit dem Tode des Mannes war die Kranke besonders verändert. —

Nach Beobachtungen der Fürsorgerin soll sie in letzter Zeit Einkäufe gemacht haben, die weit über ihre Verhältnisse gingen. Ein Untermieter will außerdem ein „verstörtes" Wesen festgestellt haben. Etwas Schreckliches, Unbekanntes schreckt sie; es käme nun bald heraus, dann würde die Polizei sie holen. Kommt verstört zur Fürsorgerin, will nicht in ihre Wohnung zurück, sondern wolle lieber im Büro schlafen. Beachtete nicht den hinzugerufenen Arzt, sah starr zum Fenster hinaus.

Bei der Aufnahme in Herzberge wurde folgender Befund erhoben: Mäßiger EZ. und KZ. bei astenischer Konstitution. Herz und Lungen physikalisch frei. Innere Organe o. B. Reflexe normal auslösbar, keine pathol Reflexe. —

Die Kranke gibt erregt und mit großem Wortschwall ihrer Entrüstung über ihre „Internierung" Ausdruck. Örtlich, zeitlich und über ihre Person

ist sie orientiert. Keine wesentlichen Intelligenzdefekte, keine Bewußtseinstrübungen. Unter großer motorischer Unruhe bringt sie ihre Beschwerden vor. Sie klagt über Appetitlosigkeit und über Stuhlverstopfung. Nach ihrer Rückkehr aus Alexisbad habe sie Ärger mit ihren Mietern gehabt.

Patientin zeigt starken Affekt, ist ganz verzweifelt. Läßt sich nicht fixieren, kommt immer wieder auf ihre Beschwerden gegen die Einweisung in eine Irrenanstalt zurück. Halluzinationen und Wahnideen werden negiert.

Weiterer Krankheitsverlauf:

Ist ängstlich und glaubt, man wolle sie verschleppen. Verhält sich häufig sehr lebhaft, ringt und reibt sich die Hände und vollführt dabei pillendrehartige Daumenbewegungen, die sie bei Ablenkung wieder unterläßt.

Am 10. 2. 1930 nach der Landesanstalt Teupitz überführt.

Örtlich und zeitlich und zur Person orientiert. Bringt jammernd und in immer wiederkehrender Weise vor, daß sie krank sei und Schmerzen habe, mit denen sie nicht leben könne. Sie müsse sterben, wie überhaupt die ganze Welt sterben müsse. Bei der Exploration kehrt sie dem Arzt den Rücken zu.

Während ihres weiteren Anstaltsaufenthaltes entwickelt die Kranke einen starken Rededrang sowie ein zänkisches, unzufriedenes und rechthaberisches Wesen. In ihrem körperlichen Verhalten ist sie zeitweise sehr unsauber.

Am 11. 12. 1936, nach fünftägigem Kranksein, Exitus letalis.

Todesursache: Doppelseitige Bronchopneumonie.

3. Fall.

Berta T., geboren am 24. 2. 1888, Beruf Lehrerin.

Sie fand erstmalig mit etwa 45 Jahren Aufnahme in der Landesanstalt Görden.

Familienanamnese: Eine Stiefschwester war übertrieben religiös, ein Stiefbruder — Pastor — war außerordentlich „kantig und brutal". Mutter an Tbc. gestorben.

Eigene Anamnese: Früher nie ernstlich krank gewesen. Normale Entwickelung in Kindheit und Jugend. In der Schule gut gelernt. Am 25. 8. 1933 wurde sie in Görden aufgenommen; seit 1926 angeblich sonderlich, bildet sich alle möglichen Krankheiten ein, schreibt unverständliche Briefe. Glaubt besonders, an Tbc. zu leiden. Ist leidenschaftliche Vegetarierin. In der letzten Zeit vor der Aufnahme häufige Erregungszustände, Zwangsweinen, Äußerungen religiöser Wahnideen, Ideenflucht. Führt angeblich wirre Reden.

Bei der Aufnahme wurde folgender körperlicher und psychischer Befund erhoben: Ausreichender EZ. und KZ. Innere Organe o. B. ZNS.: Alle Reflexe regelrecht und normal auslösbar. Keine pathol. Reflexe, keine Sensibilitätsstörungen. In ihrem Wesen und Verhalten ist die Kranke sehr erregt; will nur von einem Homöopathen behandelt werden. Die Ärzte hielten sie für krank, aber die rechten Ärzte seien wie in der Bibel Priester und Ärzte. Verlangt kathegorisch ihre Entlassung, da die Regierung sie nicht ewig beurlauben könne. Als man ihr gut zuzureden versucht, erklärt sie erregt: Hitler sei der gottgegebene Führer Deutschlands, er habe neuerdings bestimmt, daß alle Menschen durch Hypnose für die nationalsozialistische Idee gewonnen werden sollen. Deshalb habe auch der Rektor ihrer Schule versucht, sie zu hypnotisieren. Sie habe sich mehr an einen Herren Schmidt gehalten, der kirchlicher gesinnt sei als Hitler. Durch ihn habe sie erfahren, daß sie zur politischen Führerin auserwählt sei. Sie

wolle religiöse Führerin werden. Sie fühle die Aufgabe, das Volk zu retten, indem sie ihm die Gedanken der Reformmedizin, die religiösen Obliegenheiten des Fastens usw. nahebringe. Ihr sei klar geworden, daß der Nationalsozialismus auf Hypnose beruhe, er solle aber auf den Lehren der Kirche beruhen. Die Stimme Gottes rede in ihr und werde zeitweise so übermächtig, daß sie selbst vor allen Leuten laut reden und predigen müsse. Weiterer Krankheitsverlauf:

Halluziniert, hört Ketten klirren: ein Zeichen ihrer Befreiung. Äußert ihre Wahnideen spontan nicht, produziert diese aber sofort, wenn man antippt. Rechnet mit ihrer baldigen Entlassung. Sei nicht geisteskrank wie die anderen Pat. Sie habe zwar davon gesprochen, daß sie die Stimme Gottes höre, aber das sei doch etwas ganz anderes als wie die Stimmen, die die anderen Kranken hier hörten. Keinerlei Krankheitseinsicht. Äußert immer die gleichen Ideen, daß sie hypnotisch beeinflußt werden solle. Ist völlig unbelehrbar und vermag nicht den Beeinflussungsversuch des Rektors zu motivieren. Da nicht gemeingefährlich, wird sie auf Wunsch am 21. 10. 1933 zu den Angehörigen entlassen.

Etwa fünf Monate später wird sie aus dem Krankenhaus Potsdam der Landesanstalt Teupitz zugeführt.

Kam angeblich in völlig verstörtem und desorientiertem Zustand allein ins Krankenhaus. Wußte lediglich ihren Namen anzugeben. Religiöser Wahn, Vergiftungsideen, Zerstörungswut, Schreien, Toben, Nudismus, Exhibitionismus, Zwangsweinen, große Unsauberkeit. Wegen dieses Zustandes wurde sie nach Teupitz überwiesen.

Aufnahmebefund in der Landesanstalt Teupitz:

Die körperliche Untersuchung ist wegen des starken Erregungszustandes sehr erschwert. Der körperliche Befund ist im Vergleich zu früher im wesentlichen unverändert. Am ganzen Körper blaue Flecke bis handtellergröße. Etwas verzerrter und trauriger Gesichtsausdruck. Die Durchführung eines Reinigungsbades scheitert an dem Widerstand der Kranken, die im Wasser Schlangen herumkriechen sieht.

Im Bett äußert sie, weiße Mäuse zu sehen, die ihr nach der Sexualgegend zuliefen. Die gefaltet daliegende feste Decke hält sie für ein Schweineohr. Spricht vor sich hin, nennt das Personal weißen und schwarzen Satan, klammert sich laut schreiend und tobend an deren Kleidung. Mußte wegen ihrer Erregungszustände häufig gewickelt werden, warf sich in der Packung hin und her und schrie durcheinander. Schlägt mit Händen und Füßen gegen das Bettgestell. Verweigerte in letzter Zeit häufig die Nahrungsaufnahme, da sie das Essen für vergiftet hält.

Äußert immer noch Vergiftungsideen, spuckt das Nährgemisch aus, das ihr wegen des zunehmenden Kräfteverfalls verabreicht wird. Singt abends lustige Lieder. Gibt auf Befragen vollkommen verkehrte Antworten. —

Am 12. 3. 1934 nach rapidem körperlichem Verfall Exitus letalis.

Todesursache: Marasmus bei Geisteskrankheit.

4. Fall.

Marie V., geboren am 27. 10. 1878. Erkrankte erstmalig mit etwa 46 Jahren. Verheiratet, keine Geburt, keine Fehlgeburt. Familienanamnese unbekannt.

Eigenanamnese nach Angaben des Ehemannes: Bisher körperlich und geistig völlig gesund. Hielt sich in letzter Zeit bei Bekannten auf, wo sie ein sonderbares Gebahren zur Schau getragen und wirre Reden geführt haben soll, in denen sie immer wieder vom Umbringen eines Kindes er-

zählte. Deshalb wurde sie in das Krankenhaus Friedrichshain eingeliefert. Dort ist sie verwirrt, zeigt ängstlichen Gesichtsausdruck und verkennt ihre Umgebung. Kein krankhafter körperlicher Befund. Steigt nachts aus dem Bett, bedroht andere Patienten, wirft mit Gläsern um sich. —

Am 4. 12. 1924 wird sie in die Heilanstalt Herzberge überführt, wo folgender körperlicher und psychischer Befund erhoben wurde:

Kräftig gebaute Patientin in gutem EZ. Innere Organe o. B. Bis auf geringgradige Hypalgesien keine nennenswerten Sensibilitätsstörungen. Ratloser Gesichtsausdruck. Zeitlich, örtlich und persönlich gänzlich desorientiert. Weiß nicht, wo sie ist, weiß nicht, wo und wann sie geboren ist. Weiß nicht, warum sie hierher gebracht wurde. Fügt spontan hinzu: „Ich weiß auch nicht, was heute für ein Tag ist."

Wie alt? — „Mein Mann wird das dort gesagt haben!"
$2 \times 2 = —$, $3 \times 8 = —$. „Ich kann nicht mehr aufpassen."
Einfache Unterschiedsfragen kann sie nicht erklären.

Sind Sie gesund? — „Das will ich doch von meinem Mann hören, warum ich hier sein soll." Sagt weinend, es sei ein Verbrechen an ihr begangen worden. Neulich nachts habe man sie einfach aufgeweckt und ihr den Kopf heruntergedrückt. Gute Butter sei plötzlich vergiftet worden; weiß nicht, wie alles zustandegekommen sei. Ist sehr erregt und weint plötzlich unmotiviert. Im Kopf sei eine Stimme laut geworden, die ihr sagte, daß sie fortgehen müsse. Weiß nicht mehr wohin. Ist von ihrem Mann von der Polizeiwache abgeholt worden. Ringt in theatralischer und immer wiederkehrender Weise die Hände und jammert: „Ich will wissen, wo mein Mann ist."

Ist häufig abweisend und ablehnend, schimpft und sträubt sich beim Füttern. Glaubt vergiftet zu werden, zeigt ängstlichen Gesichtsausdruck, ißt sehr schlecht oder verweigert die Nahrungsaufnahme gänzlich. Schlägt zeitweise um sich, schlägt sich selbst, verläßt häufig das Bett.

Am 4. 6. 1925 in die Landesanstalt Teupitz überführt, wo sie folgendes psychisches Zustandsbild bot:

Ist sehr abweisend, läßt sich nicht baden oder gar die Nägel beschneiden. Äußert, daß man sie töten wolle. Verhält sich zeitweise ruhig und abgesondert, wird dann plötzlich wieder erregt und schimpft. Ist auf die Pflegerinnen sehr eifersüchtig, glaubt, man ließe ihren Mann nicht herein. Dabei mißtrauischer, verbissener und etwas lächelnder Gesichtsausdruck.

Weiterer Krankheitsverlauf:

Bleibt häufig im Bett liegen, tut sehr geziert, ist nicht zum Aufstehen zu bewegen. Nimmt nur von einer bestimmten Pflegerin das Essen an. Will immer allein gebadet werden. Sieht ihren Mann vor dem Fenster vorbeikommen und beklagt sich, daß er nicht hereingelassen werde.

Liegt häufig unter der Bettdecke und beschimpft so jeden, der sie anzureden versucht. Nimmt nach wie vor das Essen nur aus der Hand einer bestimmten Pflegerin; behauptet trotzdem, daß das Essen vergiftet sei.

Zunehmender Verwirrtheits- und Unruhezustand. Körperlich sehr unsauber, näßt häufig das Bett ein.

Am 28. 7. 1932 nach kurzem Kranksein Exitus letalis an einem Erysipel.

5. Fall.

Meta W., geboren am 31. 10. 1875. Erkrankte erstmalig mit etwa 59 Jahren.

Familienanamnese: Mutter soll kurz nach der Geburt gestorben sein.

Ein Bruder starb an Lungenentzündung als sie 15 Jahre alt war. Über den Verbleib eines Bruders weiß sie nichts.

Eigenanamnese: Keine Geburt, keine Fehlgeburt, mit 43 Jahren Menopause. In der Schule angeblich gut gelernt. Nach der Schule lernte sie nähen. Sie litt öfter an starken Kopfschmerzen, sonst ist sie nicht ernstlich krank gewesen. Von ihrem Mann wurde sie nach 20 Jahren Trennung geschieden.

Nach Angaben der Pflegetochter war sie immer sehr auffällig, zeigte ein unruhiges, unstätes Wesen. Wiederholt ging sie ans Wasser und äußerte Selbstmordideen. Einmal forderte sie die Pflegetochter auf, mit ihr zusammen Suicid zu begehen.

Im Februar 1932 hatte sie Verkehr mit einem älteren Manne und glaubte sich von diesem geschwängert. Ein Arzt, den sie deswegen aufsuchte, lachte sie angeblich aus. In letzter Zeit äußerte sie Verarmungsideen, sie meinte, daß sie verhungern müsse.

Am 21. 8. 1934 wurde sie in das Sanatorium Waldhaus, Tegel, aufgenommen. Dort wurde folgender körperlicher und geistiger Befund erhoben:

Mäßiger EZ. und KZ. 2 A.T. akzentuiert, ab und an Extrasystolen. RR. 2010 mmHg. Auffällig starker Bartwuchs. Neurolog. o. B.

Eigene Angaben: Sie fühle sich manchmal bedrückt, unruhig, sie glaube, ein Kind zu kriegen, es sei ihr so unruhig, ängstlich, dabei habe sie nichts verbrochen. Im allgemeinen schlafe sie gut, manchmal wandle sie herum. Hält zurück, sehr mißtrauisch, dissimuliert, sagt immer wieder sterotyp: „Morgen werde ich doch entlassen."

Gibt dann zu, mit dem Herrn, bei dem sie arbeite, sex. Verkehr gehabt zu haben, und da sie vor sechs Wochen mal Leibschmerzen hatte, an Schwangerschaft gedacht zu haben. Sonst gibt sie keine Auskunft.

Weiterer Verlauf:

Tag und Nacht unruhig, läuft ruhelos hin und her, will nicht essen, da sie nicht bezahlen könne, sie wolle doch entlassen werden, was man denn mit ihr vorhabe.

Ruhiger, betätigt sich sehr eifrig, mit einer Unermüdlichkeit, die im Verein mit der ernstlich gefalteten Stirn und dem ängstlichen Lächeln auf Selbstbestrafungsideen und Insuffiziensgefühle hindeuten. Wäscht sich auffällig häufig, sucht Leib- und Bettwäsche immer wieder nach Ungeziefer ab, bittet auch wiederholt um Untersuchung der Haut, da müsse etwas sein. Gibt sich kurze Zeit mit dem negativen Untersuchungsergebnis zufrieden, wiederholt bei der nächsten Gelegenheit dieselben Klagen und Befürchtungen.

Schwere melancholische Verstimmung, kommt gar nicht mehr zur Ruhe, steigert sich in maßlose Selbstbeschimpfungen hinein: sie stinke weithin, der Arzt solle ihr um Gottes willen nicht die Hand geben, sie wimmle von Ungeziefer, der Unterleib sei ganz zerfressen. Die Bäume draußen seien schwarz von der Blutlaus, die sie auf die Bäume verschleppt habe. Die Patienten im Hause seien von ihr krank gemacht worden, niemand hier sei noch gesund, auch der Arzt nicht, man sehe es ihm schon von weitem an, daß er unheilbar sei. Beschimpft sich in häßlichen Ausdrücken.

Verläßt oft das Bett, läuft bei der Visite dem Arzt nach oder ruft ihm nach: „So schmutzig bin ich, so furchtbar schmutzig." Äußert hier keine Suicidideen, hatte aber vor kurzer Zeit ihren Angehörigen gesagt, sie

möchten sie eine Weile aus dem Auge lassen, sie wolle in den See gehen; es sei gut für sie und die anderen. Bat sie auch, Gift mitzubringen.

Am 2. 2. 1935 wird sie in die Landesanstalt Teupitz verlegt. Hier bietet sie folgenden Aufnahmebefund:

Mittlerer EZ. und KZ. 2 AT. akzentuiert, ab und an Extrasystolen. RR 210. Neurolog. o. B. Patientin macht matten und ängstlichen Eindruck, klagt, daß durch sie alles beschmutzt und vergiftet würde: „Fassen Sie mich nicht an, alle, die mit mir zusammenkommen, werden vergiftet. Ich bin vergiftet, alles, was ich schmecke, ist sauer. Die weißen Bettstellen werden gelb, die Emaillebecher werden schwarz. Meine Ausdünstung fliegt als weißer Staub herum und vergiftet alles. Das Wasser wird schlecht, alle Menschen müssen sterben, die ganze Welt geht kaputt.“ Bringt bei der Untersuchung stets die gleichen Klagen vor. Bittet, sie in einen Raum zu bringen, wo sie niemand anstecken kann, man solle sie umbringen, damit andere verschont bleiben. Auf Befragen antwortet sie kurz und sinngemäß, um dann immer wieder zu dem gleichen Ideenkreis zurückzukehren. Über Person, Zeit und Ort ist sie orientiert. Erzählt bis zu ihrer eingebildeten Schwangerschaft und der darauf erfolgten Aufnahme in Tegel geordnet. Dort sei es ihr zunächst besser gegangen, dann sei es ihr aufgefallen, daß alle, die mit ihr zusammenkamen, krank wurden. Sie hätte dann gemerkt, daß sie an allem schuld sei. Fragt dann, ob es kein Mittel gebe, wovon man sie alle machen könne; es wäre doch das Richtigste. „Ich bin doch giftig.“

Weiterer Verlauf:

Wenn man sich ihrem Bett nähert, jammert sie und beschuldigt sich, daß alle Menschen durch sie vergiftet würden. Sie sei ein so schmutziger Mensch. Auch der Staub, der im Saal zusammengefegt wird, stamme von ihr.

Bringt immer wieder die gleichen Ideen vor, sie sei an allem schuld, daß die Leute hier sein müssen und krank wären; sie rieche so schlecht (in Wirklichkeit ist kein übler Geruch oder Ausdünstung vorhanden). Hält sich von den anderen fern, um sie nicht anzustecken. —

Erzählt unvermittelt von einem Horstchen, der im Keller sei, will ihm zu Essen bringen; gibt keine nähere Auskunft darüber. Kommt dann sofort wieder mit ihren alten Ideen, ist völlig einsichtslos gegenüber jedem Zuspruch. Auch bei Besuch erzählt sie, daß sie krank sei, Ungeziefer habe, unsauber sei usw.

Verfällt körperlich und geistig zusehends, reagiert kaum auf Anruf, sieht verständnislos auf.

18. 3. 1935 Exitus an myodegeneratio cordis.

6. Fall.

Anna R., geboren 23. 9. 1883, erkrankte mit etwa 50 Jahren zum ersten Male.

Familienanamnese: Vater angeblich lungenkrank, Mutter Asthma. Sonst ist über die Familie nichts zu ermitteln.

Eigenanamnese: Acht Geburten, keine Fehlgeburt. In der Schule angeblich gut mitgekommen, bis auf Rechnen, das ihr schwer fiel. War nach Entlassung aus der Schule bei Bauern in Stellung. Heiratete 1907 einen Pferdeknecht, hatte acht Kinder. Nach dem Kriege Scheidung. Außer Gelenkrheumatismus und Grippe keine körperlichen Erkrankungen.

Im Jahre 1934 wurde sie in das Krankenhaus Luckenwalde eingeliefert. Dort fiel ihre negativistische Einstellung und ein depressives, stuporöses

Verhalten auf. Anfang Januar 1935 verweigerte sie häufig die Nahrung, angeblich, weil sie sie nicht bezahlen könne. Am 5. 1. 1935 Suicidversuch durch Sprung aus dem Fenster.

Am 11. 1. 1935 wurde sie in die Landesanstalt Teupitz verlegt, wo folgender körperlicher und psychischer Befund erhoben wurde:

Schlechter EZ. und KZ. 2 AT. klappend. Keine pathолog. Reflexe. Wa. R. negativ. Blutbild o. B.

Beantwortet prompt alle Fragen. Erzählt geordnet ihre Anamnese. Keine Intelligenzstörungen. Gibt zu, daß sie in der letzten Zeit traurig gestimmt sei, weil die Leute hinter ihr her schimpften.

Stimmen? – „Wenn ich schlafe, höre ich das, dann ärgere ich mich so sehr: dann wird es noch schlimmer, dann kratzt alles mir hier am Hals." Zeigt am Hals Stellen, die sie aufgekratzt hat. Die Stimmen sagen, daß sie machen solle, daß sie aus dem Haus herauskomme, sie habe eine anständige Krankheit. „Anna," schreien sie in der Nacht, „scheren Sie sich heraus." „Haben Sie auch schon Bilder gesehen?" – „Ja, von Leuten, die schimpfen." An dem Sprung aus dem Fenster seien die Stimmen auch schuld gewesen. In letzter Zeit sei sie immer sehr aufgeregt gewesen. Seit vier bis fünf Monaten bestehe dieser Zustand, früher habe sie auch keine Stimmen gehört. Schlafen tue sie auch schlecht. Weiterer Verlauf:

Kommt ruhig zur Abteilung, gibt auf Fragen nach Personalien geordnet Auskunft. Spricht im ganzen nur sehr wenig, macht einen leicht gedrückten Eindruck. Auf Befragen äußert sie, Stimmen gehört zu haben; sie ist leicht ängstlich, vorübergehend zeigt sie auch leichte motorische Unruhe, will aus dem Bett, beruhigt sich aber bald wieder. Weinerlich, ängstlich, befürchtet, aus der Anstalt hinausgeworfen zu werden, sie habe das gehört, in der Nacht seien schon Menschen dagewesen und hätten sie nackt in einen Sack stecken wollen. Verlangt ihre Kleider, drängt nach Hause.

Zunehmende ängstliche Unruhe, hört Stimmen, die sie rufen und ihr befehlen, sie müsse hier verschwinden. Draußen solle sie erschossen werden oder in die Heizung gesteckt und geprügelt werden. Macht seit einigen Tagen Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme. Sagt, sie dürfe nicht essen, denn sie könne es ja nicht bezahlen. Beim Füttern meist widerstrebend.

Meist mehr oder weniger starke motorische Unruhe, drängt fort, klammert sich an das Pflegepersonal an, versucht, ihm die Schlüssel fortzunehmen. Stets die gleichen Äußerungen über ängstliche Befürchtungen und Sinnestäuschungen.

Ängstlich, unruhig, gedrückter Stimmung. Bringt ängstliche Ideen vor, man wolle sie töten, sie müsse hier heraus, damit sie sich verbergen könne. Geht körperlich sehr zurück.

11. 6. 1935 Exitus.

Sektion ergab: Allgemeine Kachexie und albuminöse Degeneration des Herzmuskels.

7. Fall.

Johanna St., geboren am 30. 9. 1890, erkrankte etwa mit 43 Jahren zum ersten Male.

Familienanamnese: Der Großvater väterlicherseits war Trinker, zeigte große Wanderlust. In älteren Jahren hatte er eine Gastwirtschaft, die aber infolge seines liederlichen Lebenswandels zugrunde ging.

Eine Schwester Zwergwuchs (43 Jahre), soll geistig zurückgeblieben sein, kann aber lesen und schreiben. Alle übrigen Geschwister leiden an Migräne.

Eigenanamnese (nach Angaben des Ehemannes): Patientin war immer sehr gutmütig, ging gern zu Gesellschaften, war immer gleichmäßig guter Laune. Sie nahm das Leben sehr ernst, war leicht gekränkt, verstand keinen Spaß, war sehr fromm, hatte die Bibel immer bei sich im Bett. Sprach sich wenig aus. Im übrigen sehr lebhaft, machte alle Tanzvergnügungen mit. Als Kind lernte sie sehr gut in der Schule, war sehr ehrgeizig, wollte immer die Erste sein. Mit 23 Jahren erste Ehe. Der Mann fiel, mit 29 Jahren heiratete sie den Bruder des ersten Mannes. Sie hat vier gesunde Kinder geboren, keine Fehlgeburten.

Seit einem Jahr verändert. Sie klagte über Magenbeschwerden, erbrach öfter. Im Krankenhaus konnte kein objektiver Befund erhoben werden. Im Zusammenhang mit einem Dorfklatsch um eine tatsächlich geschehene Ehebruchsgeschichte, traten bei Patientin Eifersuchtsideen auf, sie machte ihrem Manne Szenen. Auffällig war in dieser Zeit eine Steigerung der Libido. Im Anschluß an den Krankenhausaufenthalt verschlechterte sich der Zustand; sie redete durcheinander, zweifelte an ihrer Existenz, glaubte sich gestorben. Betastete sich am Körper und fragte: „Bin ich's denn wirklich?" Im Krankenhaus habe man mit ihr „Goethes Faust" gespielt, der Gärtner sei mit Rosen über den Zaun gesprungen, das Spiel habe sie verloren. Der Tod sei ihr erschienen, das bedeute, daß ihr Mann und dessen Sohn nun sterben müßten. Daran sei sie selbst schuld. Eifersuchtsideen hat sie in letzter Zeit nicht geäußert; klagt über Brennen in der Gebärmutter, das in das Rückenmark und das Gehirn ausstrahle. Ref. habe sie mit Lues infiziert.

Zu Besuchen pflegte sie in mehr gleichgültiger Affektlage zu sagen: „Nun muß der auch noch sterben." Alle, die zu ihr kämen, seien dem Tode verfallen. Nachts habe sie öfter Angstzustände, schreie wild, klammere sich an den Mann. Am Tage vor der Aufnahme Erregungszustände, rauft sich die Haare, schlug auf den Mann ein, schrie heftig. Nachdem man sie gewaltsam ins Bett gebracht hatte, beruhigte sie sich, schlief aber trotz Schlafmittel in der Nacht nicht.

Am 10. 9. 1934 wurde sie in die Charité eingeliefert. Dort wurde folgender körperlicher und psych. Befund erhoben:

Mittelgroße Pat. in mittlerem EZ. und KZ. Innere Organe und Reflexe o. B. — Wegen ihrer Aufnahme ist sie zuerst erregt, schlägt um sich, mußte gepackt werden. Nach Abklingen des Erregungszustandes ist sie zugänglicher. Zeitlich und örtlich ist sie einwandfrei orientiert: Sie habe mitunter heftige Angstgefühle, glaubte, ihr Mann sei behext, sie merke das an den Augen, der Teufel habe durch ihren Mann zu ihr geredet. Zuerst habe sie geglaubt, durch ihren Schwiegervater behext gewesen zu sein, aber das sei alles Aberglaube gewesen. „Ich war wie tot, es war alles dunkel um mich herum, und ich hatte Jesum noch nicht gesehen." Sie hatte Angst, daß sie ihr Seelenheil verloren hätte. Ihr Mann hätte sein Seelenheil durch ihre Schuld auch schon verloren. Sie habe gedacht, sie hätte ihren Mann dem Teufel in die Hand gespielt.

Weiterer Verlauf:

Kommt in deutlich depressiver Haltung zögernd ins Untersuchungszimmer: „Ach, ja, nun habe ich sie alle getötet." (?) „Ich habe meine Geschwister an alle verraten, und ich habe alles verloren, ich kann nichts mehr sagen. Ich habe am Karfreitag Geburtstag, ich war auch eine von denen, die geschrien ‚Kreuzige', ich bin doch der Böse." — Ängstlich. —

„Ist meinem Mann auch nichts passiert?“ Äußert Versündigungsideen, sie sei ein schlechter Mensch, sie habe ihre Kinder verlassen. Stimmen habe sie nicht gehört, verfolgt werde sie auch nicht. Im Vordergrund stehen z. Zt. lediglich emotionelle Störungen. Patientin befindet sich in einer depressiven, ängstlichen Stimmungslage, in der sie allerlei Angstvorstellungen und Selbstbezichtigungen produziert. (Diese sind jedoch nicht in ihr fixiert, sondern haben mehr den Charakter von Befürchtungen.) Sie empfindet es als angenehm, wenn man ihren Selbstbeschuldigungen widerspricht. Springt dagegen fast erschrocken auf, wenn man auf ihre Befürchtungen eingeht und ihnen Glauben schenkt. - - Keine Intelligenz- und Merkfähigkeitsstörungen. — Im ganzen sehr anlehnungsbedürftig, meistens gehemmte Haltung, die plötzlich mit einer Handbewegung unterbrochen wird mit den Worten: „So, jetzt ist mir alles klar.“ — Als eines Morgens eine Patientin aus dem Saal geführt wurde, lief Patientin in hochgradiger Angst hinterher und drängte zur Tür hinaus; sie sah blaß und verfallen aus. Auf Befragen gab Patientin keine Antwort, ließ sich interessenlos ins Bett zurückführen. Einige Zeit später begründete sie ihr Verhalten damit, daß sie Angst gehabt habe, man wolle jene Patientin zum Schafott führen.

Stets dieselben Ideen, im ganzen depressive Haltung, die durch lebhafte Erregungszustände abgelöst wird, in denen sie blaß und verfallen ratlos im Saal umherläuft, sich an das Personal klammert. Über die Ursache solcher Affektausbrüche äußert sich Patientin aber niemals. Schwierigkeiten in der Nahrungsaufnahme, unruhiger.

Am 7. 2. 1935 wird sie nach der Landesanstalt Teupitz verlegt.

Bei der Aufnahme findet sich mäßiger EZ. und KZ. Sie verhält sich zunächst ruhig, liegt mit ängstlichem Gesichtsausdruck da, in halbsitzender Stellung. An der Umgebung nimmt sie keinen Anteil. Leicht widerstrebend, leicht gehemmt, gibt keine Antwort, gibt auch nicht die Hand.

Weiterer Verlauf:

Häufig außer Bett, klammert sich an die Pflegerinnen oder an andere Patienten mit ängstlicher Miene, ohne jedoch zu sprechen. Muß oft gefüttert werden, ist dabei sehr ablehnend. Bei Besuch erkennt sie wohl ihren Mann, aber die ihn begleitenden Bekannten nicht. Sehr unruhig, drängt nach Hause. Am 25. 2. 1935 wird sie gegen ärztlichen Rat entlassen.

Am 31. 8. 1935 wird Patientin wieder eingeliefert. Zu Hause zeigte sie wechselnde Stimmung; meist gedrückter Stimmung mit Anfällen von erheblichen Erregungszuständen, in denen sie ihre Angehörigen zu schlagen drohte. Schlechter Schlaf, äußerte zweimal Suicidideen. Zeitweilig verweigerte sie die Nahrungsaufnahme.

Bei der Wiederaufnahme ist sie laut, unruhig, glaubt, daß ihr die Kinder fortgenommen werden sollen. Puls 100. - Ständig sehr bettflüchtig, ängstlich, starrer Gesichtsausdruck, abweisend. Macht große Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme.

Geht körperlich zusehends zurück. Nimmt keine Medikamente ein. -- Sehr hinfällig, abweisend, muß gefüttert werden.

26. 2. 1936 Exitus an Entkräftung.

8. Fall.

Erna K., geboren 27. 5. 1888, erkrankte mit etwa 46 Jahren zum ersten Male.

Familienanamnese: In der Familie ist keine erbliche Belastung nachweisbar.

Eigenanamnese: Über die Jugend und die Entwicklung der Patientin sind keine Einzelheiten zu erfahren, angeblich verlief sie normal. Patientin ist verheiratet und hat fünf Kinder geboren. Fehlgeburten machte sie nicht durch. An früheren Erkrankungen machte sie eine Gallensteinerkrankung durch, wann, ist nicht zu ermitteln. Die Menstruation ist in letzter Zeit unregelmäßig.

Die ersten Zeichen der jetzigen Erkrankung machten sich seit etwa drei Wochen bemerkbar. Sie ließ in der häuslichen Tätigkeit nach, schrieb viel und beschäftigte sich mit religiösen Dingen. Der Zustand verschlimmerte sich allmählich, sie sang und sprach dauernd vor sich hin. Die Angehörigen erkannte sie nicht mehr. Sie glaubte, dauernd Gallensteine zu verlieren. Schließlich wurde sie gegen die Angehörigen tätlich, schlug, biß und warf mit Gegenständen. Auch versuchte sie aus dem Fenster zu springen."

Sie wurde daher am 29. 11. 1935 in die Landesanstalt Teupitz eingeliefert. Hier wurde folgender körperlicher und geistiger Befund erhoben:

An beiden Armen und Beinen, an Brust, Rücken und im Gesicht blau verfärbte Stellen bis handtellergröße. Die Hämatome bedecken alle Flächen, sie lassen dazwischen nur geringe unveränderte Stellen frei. Eine eingehende Untersuchung ist wegen der Erregung nicht möglich. Der Puls ist weich, stark beschleunigt, 100 p. m. Die Reflexe sind wegen der starken Erregung und Abwehr nicht zu prüfen. P. w. R. pos. A. S. R. anscheinend o. B. Unterleib adipös, Anlage zum Nabelbruch. Skleren leicht subikterisch verfärbt. Gesichtsausdruck verzerrt.

Trotz der Unruhe konnte sie noch gebadet werden, sie schlug um sich, spritzte, schimpfte: „Lommel, Lommel, Manfred, Radio", rief dazwischen ihre Tochter Irmchen, kam wieder auf Lommel usw. zurück. Erzählte, daß sie auf dem Balkon gestanden habe und sich in den offenen Mund habe regnen lassen, das sei ihre Labe gewesen.

Weiterer Verlauf:

Sie verkennt Personen, erkennt in einer Pflegerin ihre Tochter Irmchen. Zwischendurch schimpft sie laut und unflätig „Du As" usw., als sie gekämmt wurde. Im Saal schiebt sie sämtliche Betten durcheinander, legt sich zu den anderen Patienten in die Betten. Sie würgt ihre Nachbarin und schlägt auf sie ein mit den Worten: „Auf Dich, Du Aas, habe ich schon lange gelauert, jetzt sollst Du büßen." Kollerte sich unter den Betten von einer Wand zur anderen, klammerte sich unter den Betten mit Händen und Füßen fest, als sie hervorgeholt werden soll, schlug sie um sich, schimpfte, stieß mit den Füßen und versuchte zu beißen.

Schläft trotz Beruhigungsmittel nur sehr wenig. Am Morgen weist die Haut handtellergroße Abschürfungen auf. Teilweise antwortet sie geordnet, sie habe fünf Kinder, von denen das jüngste sechs Jahre alt sei. Zwischendurch redet sie wieder verworren. Nennt den Arzt bald Dr. Bischoff, bald Willi Charton, schimpft los.

Wird gefüttert, behält die Nahrung trotz Würgen; mußte wegen starker Unruhe — wälzte sich entblößt umher, drohte aus dem Bett zu fallen — eine Spritze bekommen. Danach ruhiger, schläft. Sagt zur Pflegerin: „Laß' meine Arme liegen, da hat zur Nacht mein Vater drauf geschlafen."

Plötzliche Pulsverschlechterung, Herz- und Kreislaufmittel bringen nur vorübergehend Besserung.

Abends erfolgte der Exitus.

Sektion: Cor. dilatiert, stark verfettet, sehr schlaffe Muskulatur, Herzbeutel durchsichtig wie Pergamentpapier, Wand sehr dünn. Hirngewicht 1250 g, maskroskopisch o. B.

Von den oben angeführten Fällen sind die ersten vier völlig von den Fällen 5 bis 8 verschieden.

Bei Fall 5 bis 8 steht im Vordergrunde eine depressive Stimmungslage. Die Wahnvorstellungen sind aus einem ängstlichen Affekt erwachsen und weisen z. T. einen phantastischen ängstlichen Ausbau auf. Mit dem beginnenden Alter auftretende Körpersensationen deuten sie wahnhaft um. Bei Hautjucken z. B. glauben sie mit Ungeziefer behaftet zu sein.

Körperlich findet sich ein herabgesetzter Allgemeinzustand. Auch sind Kreislaufstörungen nachzuweisen. Im Fall 5 finden wir einen Hypertonus und Extrasystolen, im 6. Fall läßt sich ein klappender 2. A.T. nachweisen. Bei Fall 8 ist der Puls weich, 100 p. m; im Laufe des kurzfristigen Anstaltsaufenthaltes ergibt sich eine schwere Kreislaufstörung, die in diesem Falle durch die Sektion bestätigt wird. Im Fall 7 ist eine Kreislaufstörung nicht vermerkt, die körperlichen Störungen bestehen in Brennen und Schmerzen in der Gebärmutter, die ins Rückenmark ausstrahlen; Erscheinungen, die in der Klimax sehr häufig sind.

Bei den Fällen 1 bis 4 sind körperliche Erkrankungen, die als Ursache der Psychose gelten könnten, nicht nachgewiesen. Psychisch zeigen sie vor allem einen zerfahrenen Gedankengang; bei den Fällen 1 und 4 sind mechanische Störungen des Gedankenablaufes vorhanden, sie können einfache Rechenaufgaben nicht lösen. Die Affektstörung besteht vor allem darin, daß die Affektäußerungen in keinem Verhältnis zu den tatsächlichen Geschehnissen stehen. Die Kranken der Fälle 1 bis 4 sind im Gegensatz zu denen der Fälle 5 bis 8 nicht zu fixieren, auch nicht von ihren Ideen abzulenken, und zeigen auch nicht die geringste Krankheitseinsicht.

Daher wurde bei ihnen die Diagnose Schizophrenie gestellt, während die Fälle 5 und 6 als präsenile Demenz, die Fälle 7 und 8 als klimakterische Psychose diagnostiziert wurden. Die differentialdiagnostischen Merkmale sind in nachstehender Betrachtung erörtert.

Bei der Betrachtung des oben angeführten Materials wird zunächst auffallen, daß es sich nur um weibliche Kranke handelt. Ich habe, als ich das Material für diese Arbeit zusammenstellte, bei etwa der gleichen Anzahl männlicher und weiblicher Fälle nur wenige Spätschizophrenien bei den Männern gefunden und keine präsenile Erkrankung. Bei den Frauen dagegen fand ich 22 präsenile Paranoide und 29 Spätschizophrenien. Mag auch der Zufall eine kleine Rolle dabei spielen, so kann man doch aus diesem Befund den Schluß ziehen, daß Frauen weit häufiger an diesen Psychosen er-

kranken als Männer. In der Literatur finden sich verschiedentlich Angaben, die diese Ansicht bestätigen. So betont Seelert in seiner Abhandlung über die paranoiden Psychosen des höheren Lebensalters, daß sich unter seinen Fällen zehn Frauen und nur zwei Männer befinden. Kräpelin schreibt über den präsenilen Beeinträchtigungswahn, diese Form sei offenbar sehr selten, und es seien immer Frauen zwischen dem 50. und 55. Lebensjahr gewesen.

Es soll nicht die Aufgabe dieser Arbeit sein, zu untersuchen, warum gerade die Frauen häufiger an diesen Psychosen erkranken; immerhin liegt der Gedanke nahe, daß die Änderung in der Einstellung zur Umwelt bei den Frauen infolge des Klimakteriums und der damit verbundenen körperlichen Umstellung rapider erfolgt als bei den Männern, und daß dieses mitbestimmend für die häufigere Erkrankung der Frauen ist.

Wenn ich nur den Verlauf der Psychosen bei Kranken schildere, die in der Anstalt gestorben sind, so lediglich deshalb, weil man so alle Fälle bis zu einem gleichmäßigen Abschluß verfolgen kann; d. h. vom Beginn der Erkrankung, soweit es mit Sicherheit festzustellen ist, bis zu dem gleichen Endpunkt, bis zum Tode.

Die ersten Krankheitserscheinungen wurden bei fast allen Patienten etwa zur gleichen Zeit festgestellt. Sie liegt bis auf zwei Fälle, die etwa vier Jahre vor der Aufnahme erkrankten, verhältnismäßig kurze Zeit vor der Einlieferung. Allerdings ist dies nicht ganz einheitlich zu bewerten, da den Angehörigen der einen Patientin die Veränderung im Wesen der Kranken früher aufgefallen sein wird als den anderen, oder, daß die Angehörigen der anderen an sich weniger darauf geachtet haben. Die Auslese der Gestorbenen bedingt auch, daß verhältnismäßig mehr die Fälle zur Darstellung kommen, die einen akuten Anstrich haben, während die ruhigeren, chronisch verlaufenden Fälle, die vielleicht häufiger sind, nicht geschildert werden.

Ich sagte schon eingangs, daß beiden Krankheitsgruppen gemeinsam die Wahnbildungen sind, die dem Krankheitsbilde das äußere Gepräge geben. Bei Auswertung der Wahnbildungen findet sich, daß diese bei den präsenilen Erkrankungen meist aus Körpersensationen erwachsen sind, die infolge seniler Veränderungen des Körpers auftreten. Hautjucken infolge seniler Hautveränderungen z. B. wird als Behaftetsein mit Ungeziefer umgedeutet. Bei diesen Psychosen überwiegen ängstliche Wahnbildungen. Die Kranken fürchten, daß sie durch ihre Unsauberkeit, durch Gift, das sie ausstrahlen, andere schädigen; daß sie, ihre Angehörigen oder andere Patienten getötet oder geschlagen werden sollen. Sie zeigen starken Affekt, die Wahnbildungen sind bei ihnen aus dem Affekt erwachsen. Die Schizophrenen dagegen verhalten sich viel weniger kata-

thym, d. h. sie sind teils stumpf und verraten keine Gefühlsregung, teils sind sie bei kleinsten Anlässen übermäßig erregt, teils bringen sie sehr ernste Angelegenheiten, wie z. B. Suicidabsichten, in läppischer — also gar nicht der Situation entsprechender — Weise vor.

Wenn man sich die Kranken jedoch daraufhin ansieht, wie sie sich ihren Wahnideen gegenüber einstellen und wie die Erkrankung letzten Endes auf die Persönlichkeit wirkt, dürfte man wertvolleres differentialdiagnostisches Material gewinnen, als wenn man diese Ideen bis ins kleinste untersucht. Sieht man sich die Kranken daraufhin an, so findet man, daß die präsenilen Paranoiden sich verhältnismäßig leicht von ihren Ideen ablenken lassen und sich dann geordnet unterhalten können. Allerdings kommen sie nach einiger Zeit wieder von selbst auf ihre Ideen zurück. So Frau Wa., die sich wegen ihres angeblich vorhandenen Ungeziefers vom Arzt untersuchen und leicht beruhigen läßt, aber nach wenigen Stunden wieder mit denselben Beschwerden ankommt. Bei einigen Kranken gewinnt man den Eindruck, daß es ihnen angenehm ist, wenn man ihnen ihre Ideen ausredet und während sie sich erschrecken, wenn man sich den Anschein gibt, als ob man ihre Ideen und Befürchtungen glaubt. Die Ideen scheinen bei diesen Kranken zumindest im Anfangsstadium der Erkrankung nicht sehr fest verankert zu sein, sondern aus der vorherrschenden depressiven Stimmungslage zu entspringen und mehr den Charakter von Befürchtungen zu haben.

Dagegen liegt die Sache bei den Schizophrenen anders; sie lassen sich nicht für längere Zeit, meist gar nicht, ablenken, sondern sie kommen immer wieder auf das einzige sie interessierende Thema zurück und produzieren ihre Wahnideen.

Das Urteilsvermögen und die normale Einstellung zur Umwelt ist bei den präsenilen Paranoiden noch sehr lange erhalten. Zwar zeigen auch sie selten eine geringe Krankheitseinsicht wie Frau Str., die ihre vor der Einlieferung aufgetretenen Wahnvorstellungen z. T. für Aberglauben erklärt; doch vermögen sie sich außerhalb ihrer Wahngebilde durchaus geordnet zu unterhalten. Sie sind über sich und die Vorgänge in ihrer engeren und weiteren Umgebung orientiert, Intelligenzstörungen finden sich meist gar nicht oder sind ganz geringfügig. Es ist möglich, sich mit ihnen längere Zeit zu unterhalten, ohne daß sie abschweifen und sich mit ihren Ideen beschäftigen. Eine Ausnahme bildet scheinbar Frau Ku., die nur ganz selten eine geordnete Auskunft gibt. Doch dürfte hier die Erkrankung bedeutend länger zurückliegen, als die Angehörigen angeben, es sich hier also um das Endstadium der Erkrankung handeln. Der Zerfall der Persönlichkeit und der Intelligenz tritt bei diesen Kranken erst sehr spät, meist erst wenige Wochen vor dem Tode auf.

Anders bei den Schizophrenien. Sie sind bei der Unterhaltung schwer, meist gar nicht zu fixieren, sie schweifen sofort ab und produzieren ihre Wahnvorstellungen. Eine geordnete Unterhaltung ist nicht möglich, sie gehen auf die an sie gerichteten Fragen meist gar nicht ein, oder geben völlig sinnlose, nicht zu den Fragen passende Antworten. Ein typisches Beispiel für den verworrenen Gedankengang dieser Kranken sind die Briefe der Patientin Se. Für außerhalb ihrer Ideen liegende Vorgänge zeigen die Kranken wenig Interesse. Intelligenzstörungen beginnen bei ihnen wesentlich früher aufzutreten als bei den präsenilen Erkrankungen, sie werden stumpf und teilnahmslos und verlieren jegliches Interesse für die Vorgänge in ihrer Umgebung.

Der Zerfall der Persönlichkeit beginnt bei den paranoiden Schizophrenien im Vergleich zu anderen Schizophrenien zwar auch verhältnismäßig spät, jedoch gegenüber den präsenilen Paranoiden schon ziemlich früh.

Wie ich schon oben erwähnte, steht im Vordergrund bei den präsenilen Erkrankungen eine depressive Stimmungslage. Die Kranken fürchten in pekuniäre Schwierigkeiten zu geraten; bei verschiedenen Kranken finden wir auch darauf zielende Bemerkungen. Sie wollen nicht essen, weil sei es angeblich nicht bezahlen können. Einige Kranke — allerdings seltener — fürchten sich vor dem Alter mit seinen Begleiterscheinungen. Aus dieser depressiven Stimmungslage heraus entspringen viele ihrer Wahngebilde.

Ich nehme an, daß körperliche Symptome, die sich mit dem beginnenden Alter einstellen, eine wesentliche Grundlage — vielleicht die häufigste — ihrer Wahnideen bilden, daß also letzten Endes eine organische Störung die Grundlage für die geistige Erkrankung bildet. Wenn z. B. Frau Wa. sich mit Ungeziefer behaftet glaubt, so deutet sie nur sich durch Hautjucken bemerkbar machende Alterserscheinungen der Haut wahnhaft um.

Für die Annahme, daß organische Störungen die Grundlage für die geistige Erkrankung bilden, finden sich verschiedentlich Hinweise in der Literatur. So findet Seelert bei seinen präsenilen Erkrankungen häufig eine Arteriosklerose und weist ausdrücklich auf den körperlichen Befund hin. Auch bei den oben angeführten Fällen finden sich körperliche Symptome. Bei fast allen Kranken finden sich in der Krankheitsgeschichte Bemerkungen über den schlechten oder mittleren Ernährungs- und Kräftezustand, während bei den Schizophrenien entweder gar kein Vermerk über den Körperzustand in den Krankheitsgeschichten enthalten ist, oder meist die gute körperliche Verfassung hervorgehoben wird. Bei drei präsenilen Kranken ist eine Kreislaufstörung vorhanden, die für eine Arteriosklerose spricht, und die auch später zum Tode führte. Da auch bei den an-

deren, hier nicht angeführten Fällen, meist Abnutzungserscheinungen als Todesursache angeführt werden, glaube ich, daß die Annahme Seelerts, daß den präsenilen Erkrankungen ein organischer Hirnprozeß zugrunde liegt, zutrifft.

Vergleicht man die Todesursache der Schizophrenien mit denen der Präsenilen, so finden sich hier ungleich häufiger als Todesursache akute Erkrankungen.

Für die Richtigkeit der Seelertschen Annahme spricht auch die verhältnismäßig kurze Zeit, die zwischen dem ersten Auftreten der Erkrankung und dem Tode liegt. Diese ist bei den präsenilen Erkrankungen bedeutend kürzer als bei den Schizophrenien.

Ich habe bei beiden Krankheitsbildern in allen von mir herausgesuchten Fällen diese Zeit nachgeprüft. Als Erkrankungszeitpunkt habe ich das Aufnahmedatum zugrunde gelegt, das bei fast allen Kranken ziemlich kurz hinter dem Zeitpunkt liegt, an dem sie zum ersten Male auffielen. Dabei stellte ich fest, daß von den präsenilen (22) nur drei länger als zehn Jahre krank waren, alle anderen höchstens sechs Jahre. Bei den Schizophrenien dagegen waren von 28 Kranken 17 über zehn Jahre krank und nur fünf sieben Jahre und weniger. Zwölf präsenile verstarben in der Anstalt und nur acht Schizophrene. Es befinden sich noch in der Anstalt 19 Schizophrene und 5 Paranoide.

Wenn man sich obigen Befund vor Augen führt, so kommt man zu dem Schluß, daß den präsenilen Erkrankungen wahrscheinlich eine organische Störung zugrunde liegt und daß der körperliche Zustand der Kranken differintialdiagnostisch wichtige Hinweise bieten kann.

Zusammenfassung

Ich habe 50 Krankengeschichten von Frauen aus der Landesanstalt Teupitz durchgeprüft, um die Differentialdiagnose der präsenilen Paranoiden und Spätschizophrenien herauszuarbeiten. Dabei habe ich folgendes gefunden:

Von diesen Psychosen werden in der Hauptsache Frauen befallen.

Die Wahnideen sind bei den Spätschizophrenien fester verankert als bei den präsenilen Paranoiden. Die Schizophrenien lassen sich von ihrem Ideenkreis nicht ablenken, während das bei den Paranoiden möglich ist. Die Wahnbildungen der Paranoiden sind überwiegend aus einem ängstlichen Affekt heraus erwachsen.

Bei den Schizophrenien finden wir schon frühzeitig Störungen einzelner Teile der Intelligenz, während diese bei den Paranoiden bis kurze Zeit vor dem Tode fast völlig erhalten ist. Die Schizophrenien weisen bald Störungen in der Urteilsfähigkeit auf, man kann sie nicht von dem Krankhaften ihrer Ideen überzeugen, während die Präsenilen zum mindesten für kurze Zeit eine Krankheitseinsicht zeigen. Ebenfalls frühzeitig läßt die Aufmerksamkeit der Schizophrenen nach, sowie die Auffassungsgabe. Bei zwei Fällen fällt auf, daß sie schon frühzeitig einfache Rechenaufgaben nicht mehr lösen können.

Die körperlichen Symptome bieten besonders wichtige differentialdiagnostische Hinweise. Die Paranoiden sind körperlich bedeutend früher, ganz im Anfang der Erkrankung, verfallen, als die Schizophrenien. Es finden sich bei ihnen Kreislaufstörungen, die auf eine Arteriosklerose hindeuten. Präsenile Veränderungen der Haut, neuritische Schmerzen, Kopfschmerzen, also infolge des Alterns auftretende körperliche Störungen und Beschwerden, werden von ihnen wahnhaft mißdeutet.

Für die Differentialdiagnose sind demnach nicht nur die psychischen, sondern auch besonders die körperlichen Symptome wichtig.

Literaturangabe

1. Bumke, Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. III. Spezieller Teil IV.
2. Weygandt: Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten.
3. Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie.
4. Luxemburger: Psychiatrische Erblehre.
5. Kräpelin: Über paranoide Erkrankungen. (Zeitschrift für d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, Bd. 2, S. 617.)
6. Seelert: Paranoide Psychosen des höheren Lebensalters. (Archiv für Psychiatrie, Bd. 55.)
7. v. Hößlin: Die paranoiden Erkrankungen. (Zeitschrift für d. ges. Neur. u. Psychiatrie, Bd. 18, S. 363.)
8. Stransky: Die paranoiden Erkrankungen. (Zeitschrift für d. ges. Neur. u. Psychiatrie. Bd. 18, S. 387.)

Lebenslauf

Verfasser wurde am 6. 2. 1908 als Sohn des derzeitigen Obergrenzkontrolleurs Gotth. Rieckmann und dessen Ehefrau Alwine, geb. Kasten, zu Marne, Kreis Süder-Dittmarschen, als dritter von vier Söhnen geboren.

Nach dreijähriger Vorschulzeit besuchte er das Gymnasium in Marburg, die Privatschulen in Marburg und Magdeburg und bestand Ende September 1927 die Reifeprüfung als Externer in Frankfurt/M.

Vom Wintersemester 1927/28 an besuchte er die Universitäten Marburg, Leipzig und Berlin. Im Februar 1932 bestand er die ärztliche Vorprüfung in Leipzig, am 29. Oktober 1935 in Berlin das Staatsexamen mit „gut".

Als Medizinalpraktikant war er neun Monate im Knappschaftskrankenhaus Klettwitz und drei Monate an der Landesanstalt Lübben tätig.

Am 9. November 1936 erhielt Verfasser die Bestallung als Arzt.

Seit dem 1. 12. 1936 ist er Assistenzarzt an der Brandenburgischen Landesanstalt zu Teupitz.

Am 7. Juni 1937 vermählte er sich mit Hildegard R., geb. Strasser.